

## 市立長浜病院セカンドオピニオン外来相談同意書

私（患者様氏名）\_\_\_\_\_は、本同意書を持参しました（ご相談者）\_\_\_\_\_に対して、市立長浜病院担当医師が私の疾患についての診断および治療内容、今後の見通しにつきまして、意見や判断を述べ、私の主治医あての報告書が作成されることに同意致します。

令和 年 月 日

住 所 \_\_\_\_\_

生 年 月 日（明治・大正・昭和・平成） 年 月 日生

患者様氏名 \_\_\_\_\_ 印

（自筆の場合、印は不要です）

代筆者の氏名 \_\_\_\_\_

受領 署名 \_\_\_\_\_